

Konsultationsverfahren zur Teilstrategie «Integrierte Versorgung»

Verband / Institution: Schweizerischer Fachverband für gesundheitsbezogene Soziale Arbeit SAGES, www.sages.ch

Kontaktpersonen: Dr. phil. Thomas Friedli und Therese Straubhaar, Co-Präsidium

Telefon / E-Mail: tom.friedli@sages.ch und therese.straubhaar@sages.ch

Datum: 19. Dezember 2023

Kapitel	Thema	Rückmeldung
3.1	Führende Rolle bei den Spitälern	Warum wird die führende Rolle im Netzwerk ausschliesslich den Spitälern zugeteilt? Die Spitälern sind ein wichtiger Teil des Netzwerkes. Aber für die (wohnortsnahe) Koordination von Versorgung für Patient:innen sind Gesundheitszentren zentral. Diverse Patient:innen kommen erst zu einem späteren Zeitpunkt in Kontakt mit dem Spital. Gesundheitszentren können unnötige Hospitalisationen verhindern, wenn sie über entsprechende Kompetenzen und Ressourcen verfügen. Die führende Rolle ausschliesslich bei den Spitälern zu sehen, scheint zudem im Widerspruch zum Ziel «ambulant vor stationär», da die Gesundheitszentren die wesentlichen Leistungserbringer im ambulanten Sektor sind.
3.4	Demografische Entwicklung bewältigen	Im Fokus der Integrierten Versorgung stehen (hoch)betagte Menschen. Gerade die Versorgung dieser Zielgruppe sollte nicht durch ein Spital koordiniert werden, sondern durch Hausärzt:innen, Gesundheitszentren oder eine explizite Koordinationsstelle. Häufig benötigen diese Menschen nicht primär eine akut stationäre Infrastruktur, sondern eine Koordination der unterschiedlichen Gesundheitsdienstleister, im Sinne einer ganzheitlichen Betrachtung ihrer Lebenssituation. Risiken können so frühzeitig erkannt und präventive Massnahmen rechtzeitig eingeleitet werden.
3.4	Gesundheitskompetenz fördern	Die Berücksichtigung von Prävention und Gesundheitsförderung sind begrüssenswert. Dabei darf aber nicht vergessen werden, dass das Gesundheitsverhalten der Bevölkerung wesentlich durch den sozio-ökonomischen Status sowie durch strukturelle Faktoren beeinflusst wird. Prävention und Förderung der Gesundheit können im Sinne der Verhaltens- <u>und</u> Verhältnisprävention nur dann sinnvoll durchgeführt werden, wenn die vulnerabelsten Bevölkerungsgruppen erreicht werden. Zu diesen haben häufig Akteur:innen des Sozialwesens Zugang. Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit ihren spezifischen Kompetenzen für das Gesundheits- <u>und</u> das Sozialwesen, bzw. an dieser Schnittstelle, muss deshalb in der Integrierten Versorgung unbedingt mitgedacht werden.

3.4	Gesundheitsversorgung defragmentieren	Die Defragmentierung der Gesundheitsversorgung ist eine zentrale Herausforderung. Sie müsste jedoch ergänzt werden um eine bessere Einbindung der sozialen Dimension von Gesundheit, bspw. durch die Berücksichtigung sozialer Determinanten von Gesundheit. Im Zusammenhang mit dem Begriff «sektorübergreifend» darf die Schnittstelle zwischen Sozial- und Gesundheitswesen nicht vergessen werden. Die Finanzierung von Nachsorgelösungen im Sozialwesen beeinflusst beispielsweise wesentlich den Übergang vom Spital in die ambulante Nachsorge im Gesundheitswesen.
3.4	Fachkräftemangel bekämpfen	Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit übernimmt bereits wesentliche Koordinationsaufgaben beim Übergang von ambulant zu stationär und hat grundsätzlich grosses Potenzial, Koordinationsaufgaben zu übernehmen. Wie Projekte bereits unter Beweis stellten (z.B. Soziale Arbeit in der Arztpraxis und Sozialarbeit in Spitex-Organisationen), bringt die Übernahme von Koordinationsaufgaben durch Professionelle der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit eine Entlastung für medizinische und pflegerische Berufe und beugt so dem Fachkräftemangel vor bzw. vermag diesen zu lindern.
3.4	Effizienter und effektiver Mitteleinsatz	Die Fehlversorgung ist ein wesentliches Problem. Es ist bekannt, dass rund 5% der Gesundheitskosten aufgrund von unzureichender Koordination verursacht werden. Ein Augenmerk auf eine gelingende, wirksame und finanziell gesicherte Koordination ist deshalb unverzichtbar.
3.4	Rahmenbedingungen anpassen	Im Rahmen des Hub-and-Spokes-Modells ist nicht nur eine angemessene Steuerung der Netzwerke, sondern auch eine wohnortnahe Betreuung und Behandlung für Betroffene sicherzustellen. Spitäler müssten in ihrer führenden Rolle ergänzt werden durch starke Partner der wohnortnahen, regionalen Grundversorgung. Hinsichtlich der Finanzierung muss künftig auch ambulante gesundheitsbezogene Soziale Arbeit verrechnet werden können. Die Beratungsleistungen von qualifizierten Sozialarbeitenden (mit HF-/FH- oder Universitätsabschluss) sowie evidenzbasierte psychosoziale Leistungen (wie z.B. ein sozialtherapeutisches Case Management) sind hier zu beachten. Neue Mischfinanzierungen sind zu erproben.
3.5	Horizontale und vertikale Integration	Wir begrüßen, dass der Kanton Bern sich bei der Integrierten Versorgung an einem bevölkerungsorientierten Ansatz ausrichtet. Leider fehlt in der grafischen Darstellung der horizontalen und vertikalen Integration (S. 10) die soziale Dimension von Gesundheit. Dies müsste zwingend ergänzt werden. Ausserdem sind gesundheitsbezogene Soziale Arbeit und psychosoziale Angebote, welche die Krankheitsbewältigung fokussieren (z.B. Beratung durch die Gesundheitsligen) namentlich zu erwähnen.
4.2	Aktivitäten in anderen Kantonen	Die Beispiele aus dem Wallis und dem Kanton Waadt zeigen auf, dass die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit in den <i>sozial</i> medizinischen Zentren mitgedacht werden muss. Eine Unterstützung beim Finden eines geeigneten Aufenthaltsorts im Bereich Langzeitpflege und Beratung zur Finanzierung solcher Angebote ist sehr zum Vorteil der Patient:innen. Kommen jedoch soziale Problemstellungen hinzu, bedarf es sozialarbeiterischer oder ggf. sozialtherapeutischer Kompetenzen. Aus diesem Grund ist gesundheitsbezogene oder Klinische Soziale Arbeit mitzudenken. Sie ist qualifiziert, soziale Problemstellungen zu bearbeiten, welche Einfluss nehmen auf die physische und psychische Gesundheit der Betroffenen und somit medizinisch-pflegerisches Personal vor grosse Herausforderungen stellen können.

5.2	Ziele	In den beschriebenen Zielen liegt der Fokus auf der medizinisch-pflegerischen und behandelnden Grundversorgung. Während in den vorherigen Kapiteln auch Prävention, Gesundheitsförderung, Sozialberatung etc. erwähnt ist, fehlen diese Bereiche als erkennbare Aspekte in den 5 formulierten Zielen.
5.3	Gesundheitsnetzwerke	Die führende Rolle der Spitäler in Gesundheitsnetzwerken ist kritisch zu hinterfragen. Gesundheitszentren eignen sich für diese Rolle allenfalls besser und ermöglichen niederschwellige Angebote, was je nach Indikation zentral sein kann.
5.3	Schematische Darstellung von Gesundheitsnetzwerken	Soziale Arbeit muss in Fragen der Gesundheitsversorgung mitgedacht und in Abbildungen wie dieser explizit benannt werden! Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit mit ihre Rolle hinsichtlich der sozialen Faktoren von Gesundheit ist hier zu ergänzen (z.B. nach den medizinisch-therapeutischen Berufen), ebenso wie Gesundheitsligen, die einen erheblichen Beitrag zur psychosozialen Versorgung im Gesundheitswesen leisten, aber mehrheitlich spendenfinanziert sind.
5.5	Spitalbericht	Spitäler sollen bei der Netzwerkbildung eine führende Rolle übernehmen. Wie wird in der Bildung und Entwicklung der Netzwerke sichergestellt, dass Ansätze mit Einbezug des Gemeinwesens (in Anlehnung an das Modell xunds Grauholz) genügend und angemessen Berücksichtigung finden?
5.5	Richtlinien der Regierungspolitik	Perspektive 3.A Die Spitalversorgung wandelt sich – Leistungen werden zunehmend ambulant erbracht. Wäre dies ein Grund, den Ansatz des Hub-and-Spokes-Modells leicht zu modifizieren, zugunsten von mehr Partnerschaftlichkeit und «Augenhöhe» zwischen Spitälern und ambulanten Leistungserbringern?
6.1	Ziel im HF 1 / Massnahme 1.5	Die gesundheitsbezogene Sozialberatung ist in den zu schaffenden Gesundheitsnetzwerken unbedingt mitzudenken.
6.1	Ziel im HF 3 / Massnahme 3.1	Bei der angemessenen Finanzierung sind auch sozialarbeiterische Leistungen innerhalb des Gesundheitsnetzwerkes zu berücksichtigen. Eine finanzierte ambulante und gesundheitsbezogene Soziale Arbeit kann durch Koordination und Vernetzung wesentlich dazu beitragen, hohe Folgekosten zu verhindern!
6.1	Ziel im HF 3 / Massnahme (neu)	Vorschlag, diese Massnahmen wie folgt zu ergänzen: Die Gesundheitsnetzwerke verstehen Gesundheit biopsychosozial und integrieren deshalb die soziale Dimension der Gesundheitsversorgung in ihre Angebote.
6.1	Ziel im HF 3 / Evaluation	Wir begrüßen die Verwendung des Begriffspaares «soziale und gesundheitliche Versorgungsleistungen». Dieser Doppelbegriff müsste in der Strategie häufiger genannt werden, damit bewusst ist: Gesundheit wird von sozialen Faktoren mitbestimmt, und Krankheit hat soziale Folgen. Ein Angebot zur professionellen Bearbeitung der sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit muss in der Integrierten Versorgung selbstverständlich sein.
6.1	Ziel im HF 4 / Massnahmen 4.2 und 3	Integrierte Netzwerke umfassen Professionelle der Sozialen Arbeit! Wir beobachten eine bedenkliche Entwicklung: Pflegeberufe leiden unter Fachkräftemangel, aber gleichzeitig werden Aufgaben von Pflegefachpersonen übernommen, für die eigentlich die Soziale Arbeit ausgebildet ist. Eine Aufwertung des Pflegeberufs mit neuen Rollen wie APN ist begrüssenswert, aber Konkurrenzverhältnisse zur gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sollten dabei nicht entstehen. Soziale Arbeit kann medizinische und pflegerische Berufe ergänzen und entlasten. Eine spezifische Antwort auf den Fachkräftemangel ist Case Management durch Soziale Arbeit.

6.1	Ziel im HF 5	Zur Integrierten Versorgung gehören nebst der Behandlung auch die Prävention, Gesundheitsförderung, Betreuung usw. Diese Breite müsste begrifflich durchgehend abgedeckt sein. Die Einführung <i>sozial</i> /medizinischer Koordinationsstellen wäre sehr begrüßenswert, wenn sie denn gesundheitsbezogene oder Klinische Soziale Arbeit integrieren.
6.2	Roadmap	Bei der Förderung der Gesundheitskompetenz erscheint uns zentral, dass die allgemeine Öffentlichkeit ein heterogenes Publikum mit unterschiedlichsten Verwirklichungschancen (Capabilities) ist. Deshalb muss Sensibilisierung auch zielgruppengerecht stattfinden. Für die Zielgruppe der sozial benachteiligten Personen sowie für Patient:innen mit chronischen Erkrankungen (welche oft mit sozialen Implikationen einhergehen) ist der Einbezug der Expertise der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit zentral. Der Fachverband SAGES steht hier gerne als Partner und Vernetzer zur Verfügung.
7.3	xunds grauholz	Soziale Arbeit wird in der Beschreibung nicht erwähnt, obwohl gerade in diesem Projekt die Soziale Arbeit einen hohen Stellenwert einnimmt und zu einer guten regionalen Versorgung beiträgt.
A1 Glossar	Gesundheitskompetenz	Es überrascht, dass nebst der Motivation, dem Wissen und den Fähigkeiten einer Person nicht auch ihre Möglichkeiten genannt werden. Zum einen setzt gesundheitsförderliches Verhalten eine angemessene sozioökonomische Ausstattung voraus (um es sich leisten zu können). Zum anderen gibt es weitere strukturelle Rahmenbedingungen (wie z.B. Wohn- und Arbeitsbedingungen), die erfüllt sein müssen, um «gesunde Entscheidungen» zu treffen (i.S.v. Verhältnisprävention). Aus unserer Sicht sollte die Definition von Gesundheitskompetenz entsprechend angepasst werden.